

Derichs, Gaby; Krohn-Jaster, Gabriele

Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5-8jährigen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 6, S. 215-223



Quellenangabe/ Reference:

Derichs, Gaby; Krohn-Jaster, Gabriele: Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5-8jährigen - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 6, S. 215-223 -
URN: urn:nbn:de:0111-opus-8754 - DOI: 10.25656/01:875

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8754>

<https://doi.org/10.25656/01:875>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht 

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · M. Cierpka, Göttingen · G. Klosinski, Tübingen
U. Lehmkuhl, Berlin · I. Seiffge-Krenke, Bonn · F. Specht, Göttingen
A. Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen:
Ulrike Lehmkuhl und Annette Streeck-Fischer
Redaktion: Günter Presting

43. Jahrgang / 1994

VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

(1993): Grundzüge der Therapie. In: EGGERS, C. et al.: Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6. Aufl. Berlin. – HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (1990): Psychomotorik in Therapie und Pädagogik. Dortmund. – HÜNNEKENS, H./KIPHARD, E.J. (1966): Bewegung heilt. Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern. Gütersloh. – HÖLTER, G. (Hrsg.) (1988): Bewegung und Therapie – interdisziplinär betrachtet. Dortmund. – IRMISCHER, T./FISCHER, K. (Hrsg.) (1990): Psychomotorik in der Entwicklung. Schorndorf. – KIPHARD, E.J. (1980): Motopädagogik. Dortmund. – KIPHARD, E.J. (1983): Mototherapie. Bd. 1 und Bd. 2. Dortmund. – KESSELMANN, G. (1984): Therapeutisch orientierte Bewegungserziehung im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung. Zschr. Motorik 7, 74–85. – KRÜSE, G. (1987): Übungsbehandlung. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): Kinder und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart. – LINN, M./HOLTZ, R. (1987): Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen. München. – LUDEWIG, K. (1992): Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart. – NEUHÄUSER, G. (1985): Mototherapie im Spannungsfeld zwischen Physiotherapie und Psychotherapie. Motorik 8, 41–42. – NISSEN, G./FOCKEN, A. (1984): Kinder- und Jugendpsychiatrie – Entwicklung und Perspektiven. Köln. – REMSCHMIDT, H. (1984):

Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien, 2 Bde. Stuttgart. – ROTHHAUS, W. (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund. – RIEDER, H. (1977): Sport als Therapie. Berlin. – SCHILLING, F. (1973): Motodiagnostik des Kindesalters. Berlin. – SCHMIDTCHEN, S./BAUMGÄRTEL, F. (1980): Methoden der Kinderpsychotherapie: Möglichkeiten und Grenzen ihrer Anwendung. Stuttgart. – SCHÖNFELDER, T. (1988): Zugang zum psychotischen und präpsychotischen Jugendlichen über körperzentrierte Psychotherapie. In: KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und zum Jugendlichen. Stuttgart. – SCHÖNFELDER, T. (1989): Am eigenen Leibe spüren – körpertherapeutische Erfahrungen im Umgang mit psychotischen Persönlichkeitsanteilen. In: ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Psychotisches Verhalten Jugendlicher. Dortmund. – SPECHT, F./ANTON, S. (1992): Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41, 367–374. – ZIMMER-SCHÖRINGS, M. (Hrsg.) (1979): Bewegungserziehung oder Körpertherapie? Univ. Oldenburg Modellvers. Bundesmin. Bildung und Wissenschaft B 4048, Oldenburg.

Anschrift der Verfasserin: Dipl.-Sportpäd. Dipl.-Päd. Marion Schnurnberger, Hansjakobstr. 156, 79117 Freiburg.

Übersichten

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen
(Leiter: Prof. Dr. med. F. Specht)

Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5–8jährigen

Gaby Derichs und Gabriele Krohn-Jaster

Zusammenfassung

In den Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung von Kindern spielen die Untersuchung von Teilleistungsschwächen und Entwicklungsstörungen sowie deren Behandlung eine große Rolle. Je nach Auftrag der Institution und der Ausrichtung ihrer Fachkräfte können sich die Perspektiven in der Betrachtung der Erklärungs- und Behandlungsschwerpunkte dabei erheblich unterscheiden. Im ersten Teil der Arbeit werden diagnostische und therapeutische Konzepte im Umgang mit Kindern mit Teilleistungsschwächen aus den zurückliegenden 20 Jahren referiert und hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz bewertet. Im zweiten Teil wird das mehrdimensionale Konzept der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen beschrieben und über eine kleine Therapieevaluationsstudie berichtet. Betont werden die Komplexität der Thematik und die Notwendigkeit, beim einzelnen Kind nicht isolierte Defizite zu sehen,

sondern das gesamte intra- und interindividuelle Beziehungsgefüge zu berücksichtigen.

1 Einleitung

Die jüngste Veröffentlichung der Ergebnisse der prospektiv angelegten epidemiologischen Studie von ESSER und SCHMIDT (1993) bestätigt erneut die Erfahrung, daß Teilleistungsschwächen neben widrigen familiären Sozialisationsbedingungen zu den häufigsten Risikofaktoren für spätere psychiatrische Auffälligkeiten zählen. Für die Praxis führt das zu folgenden Fragen: (a) Welche relevanten Prädiktoren lassen sich ermitteln? und (b) Welche Unterstützung ist für die Betroffenen hilfreich?

Dazu wurde eine kritische Sichtung der Literatur aus den Jahren 1970–1993 vorgenommen. Der Darstellung des eigenen Behandlungskonzeptes wird eine katamnestiche Evaluation des Behandlungsvorgehens im ambulanten Be-

reich der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen angefügt.

2 Übersicht über die wesentlichen Ergebnisse aus der Literatur

Unter den Veröffentlichungen zum Thema Teilleistungsschwächen sind im wesentlichen drei Themen-schwerpunkte auszumachen:

- (1) Grundlegende Studien zur Definition und Klassifikation von Teilleistungsschwächen.
- (2) Veröffentlichungen, die sich kritisch mit den Untersuchungsinstrumenten zur Erfassung von Teilleistungsschwächen auseinandersetzen.
- (3) Verlaufsuntersuchungen, die sich mit den prozeßrelevanten Merkmalen als möglichen Prädiktoren und/oder Behandlungseffekten beschäftigen.

2.1 Grundlegende Studien zur Definition und Klassifikation von Teilleistungsschwächen

Ausgehend von unterschiedlichen theoretischen Modellen finden sich Beiträge zum neurophysiologischen, neuropsychologischen und zum kognitionspsychologischen Definitionsansatz neben breiter angelegten Studien über umfassendere Lernprobleme (s. z. B. SMITH 1985; SPIEL et al. 1990), die nur zum Teil auf spezifische Teilleistungsschwächen eingehen.

Der neurophysiologische und der neuropsychologische Ansatz gehen von umschriebenen Funktionsbereichen des menschlichen Gehirns aus, befassen sich mit Hemisphärenunterschieden, mit der Lokalisation bestimmter Funktionen im menschlichen Gehirn und mit hierarchisch organisierter Informationsverarbeitung im Zentralnervensystem. Teilleistungsschwächen werden nach GRAICHEN (1973) dabei als „Leistungsminderungen einzelner Faktoren oder Glieder innerhalb eines größeren funktionellen Systems, das zur Bewältigung einer bestimmten Anpassungsaufgabe erforderlich ist“ definiert (LURIA 1970; GRAICHEN 1973, 1979; vgl. auch FRITZ u. FUNKE 1990; KARCH 1988; RADIGK 1990).

Die zweite theoretische Grundlage für die Definition von Teilleistungsschwächen bietet eine entwicklungsorientierte Einbettung in die Kognitionspsychologie. REMSCHMIDT u. SCHMIDT (1985) übernehmen die von BUSH u. WAUGH (1982) erstellte Einteilung von Teilleistungsschwächen in Prozesse der sensorischen Orientierung, des Behaltens, der Informationsaufnahme, der Integration und des Ausdrucks und entwickeln ein lineares Reiz-Reaktions-Modell: Der Reizaufnahme auf verschiedenen Wahrnehmungskanälen folgen die interne Reizverarbeitung und schließlich die geäußerten Reaktionen. Teilleistungsschwächen können sich dabei als einfache oder auch als komplexe Störungen auf allen Stufen der Wahrnehmungsverarbeitung und des Problemlöseprozesses auswirken. Beide Modelle haben substantiellen Erklärungswert für die Klassifikation von Teilleistungsschwächen, reichen aber

als Grundlage für eine fundierte Diagnostik und Behandlungsplanung allein nicht aus.

2.2 Veröffentlichungen, die sich kritisch mit den Untersuchungsinstrumenten zur Erfassung von Teilleistungsschwächen auseinandersetzen

Auf dem Sektor neurophysiologischer Untersuchungen bieten bildgebende Verfahren wie z. B. die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) oder spezifische EEG-Ableitungen (z. B. visuell oder akustisch evozierte Potentiale) eine Fülle von Informationen über spezielle Aktivitäten bestimmter Hirnareale zu bestimmten Zeitpunkten der Reizverarbeitung oder über das Zusammenwirken von unterschiedlichen Bereichen beim Bearbeiten von umgrenzten Aufgaben. Diese Verfahren liefern wichtige Beiträge für die Klassifikation und für Erklärungsansätze der Funktionsstörungen bei Teilleistungsschwächen, können aber beim derzeitigen Forschungsstand noch nicht unmittelbare Aufschlüsse für die Diagnostik und Behandlung von Teilleistungsschwächen erbringen (s. z. B. NJIOIKTJEN 1990; HORN u. PACKARD 1985).

WARNKE (1990) integriert sowohl die neurophysiologischen als auch die neuropsychologischen Untersuchungsverfahren zur differentiellen Erfassung von Kindern mit Lese-Rechtschreibproblemen und anderen Gruppen von lerngestörten Kindern in Abgrenzung zu Kindern ohne Lernschwierigkeiten. Er weist damit nach, daß gerade das kombinierte Untersuchungsvorgehen erst spezifische Ergebnisse ermöglicht, die isoliert in einem der Untersuchungsmodelle keine ausreichend differenzierenden Informationen geliefert hätten. An einen Einsatz solcher Diagnostikinstrumente in der Praxis ist aufgrund des hohen apparativen Aufwandes allerdings in nächster Zeit noch nicht zu denken.

Das kognitionspsychologische Modell baut sowohl auf standardisierten psychologischen Testverfahren als auch auf einer Beobachtung und Erforschung der Problemlösestrategien auf. Um Teilleistungsschwächen erfassen zu können, müssen einzelne Funktionen und Prozeßabschnitte als Zielvariablen isoliert und operationalisiert werden. Die Literatursammlung wird hier auf Veröffentlichungen zu Kindern mit Problemen beim Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung vorgenommen. Bislang liegen dazu weit mehr Forschungsergebnisse als über Kinder mit anderen umschriebenen Lernstörungen vor.

Unter dem Einfluß der Diskussionen über die sog. minimale cerebrale Dysfunktion standen lange Zeit Teilleistungsschwächen im Bereich der visuellen Wahrnehmungsverarbeitung, speziell der Formauffassungsfähigkeit, der visuomotorischen Koordinationsfähigkeit und teilweise auch noch der visuellen Merkfähigkeit ganz im Vordergrund des Interesses. Als Testverfahren wurden dabei u. a. der Bender-Gestalttest bzw. seine Weiterentwicklung, der GFT (Göttinger Formreproduktionstest), verschiedene Nachzeichentests wie z. B. der Kugler-Nachzeichentest, der FEW (Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung) und der Benton-Test bzw. der DCS (Diagnostikum für Cerebralschädigung) verwandt.

Erst wesentlich später wurde die Bedeutung auditiver und sprachlicher Funktionen erkannt und in der Diagnostik mit berücksichtigt. HENZE et al. haben 1990 die aktuell bekanntesten Theorien über die auditive Perzeption referiert und eine umfassende Zusammenschau aller in diesem Bereich verfügbaren Untersuchungsinstrumente geleistet. Neben psychophysikalischen Untersuchungsmethoden und spezifischen audiometrischen Methoden führen sie testpsychologische Verfahren zur Prüfung der auditiven Aufmerksamkeit, der Lautdifferenzierung, der Signal-Hintergrund-Differenzierung, der Integration/Ergänzung, der Seriation und der Merkfähigkeit auf. Nur wenige der dort genannten Testverfahren verfügen über Normen (spezifische Sprachentwicklungstests wie z. B. der Heidelberger Sprachentwicklungstest, der Psycholinguistische Entwicklungstest, der Mottier-Test, der Differenzielle Lautunterscheidungstest, der Bremer Lautdiskriminationstest, Teile aus dem HAWIK und dem Berliner-Luria-neuropsychologischen Verfahren für Kinder). Für die meisten Instrumente liegen höchstens Orientierungswerte vor. Differentielle Aussagen bzw. Prognosen für die spätere Entwicklung der Kinder nach HENZE et al. selbst bei Anwendung zusammengesetzter Testbatterien nicht statistisch belegbar (HENZE et al. 1990, S. 105).

Abgesehen davon, daß zumindest die ursprünglichen Fassungen der genannten Testverfahren kaum den vom Testkuratorium 1986 herausgegebenen Testgütekriterien im Bereich der Objektivität und der Reliabilität genügen (s. z. B. KLICPERA 1985; RENNEN-ALLHOFF/ALLHOFF 1987; SALVIA/YSELIDYKE 1985, WITTLING 1982; MARX 1992; WOLFRAM et al. 1989) bleiben vor allem Fragen zur Validität, speziell zur prognostischen Validität offen: Es wird derzeit kontrovers diskutiert, welchen prädiktiven Wert für die spätere Entwicklung die im Vorschulalter gemessenen Teilleistungsschwächen besitzen. Ob tatsächlich förderungsrelevante Teilleistungsschwächen erfaßt werden und welche Faktoren sich durch eine gezielte Behandlung positiv beeinflussen lassen, muß noch eingehend untersucht werden.

2.3 *Verlaufsuntersuchungen, die sich mit prozeßrelevanten Merkmalen als möglichen Prädiktoren und/oder Behandlungsinhalten beschäftigen*

Da es sich um methodisch sehr unterschiedlich angelegte Studien mit Kindern auf verschiedenen Entwicklungsstufen handelt, können kaum vergleichbare oder gar durch Replikation gesicherte Ergebnisse erwartet werden. Für die vorliegende Arbeit haben die Autorinnen die ihnen für die Praxis wesentlich erscheinenden Trends herausgearbeitet:

RENNEN-ALLHOFF (1989) wertete empirische Studien zu Behandlungseffekten von visuellen und motorischen Trainingsprogrammen aus den Jahren 1969-1983 aus: Die Ergebnisse waren widersprüchlich. Während einige Studien eine Überlegenheit der trainierten Gruppe hinsichtlich der visuellen und motorischen Leistungen feststellen konnten, gelang dieser Nachweis in anderen Untersuchungen nicht. Noch seltener fanden sich statistisch bedeutsa-

me Trainingseffekte im Hinblick auf schulrelevante Merkmale (Schulreife, spätere Leseleistung, andere Schulleistungen).

HAMMILL und BARTEL (1982) konnten in einer Metaanalyse von über 40 Studien keine relevanten Effekte von Frostig-Trainings auf die späteren Leseleistungen der Kinder finden. HAMMILL und MCNUTT (1981) sichten Veröffentlichungen aus den letzten 30 Jahren in 25 Zeitschriften und fanden dabei keine gesicherten Hinweise auf den prognostischen Wert von Wahrnehmungsstörungen als Kriterium für spätere Leseleistungen. MYERS und HAMMILL (1982) werteten 85 methodisch gut konzipierte Evaluationsstudien (mit Kontrollgruppen und klar definiertem Behandlungsvorgehen nach Frostig, Barsch, Kephart, Getman, Ayres und Delecatto) aus. Sie konnten darin keine positiven Trainingseffekte auf die kognitive, sprachliche oder allgemeine schulische Entwicklung ausmachen. KAVALE und MATTSON (1983) fällten nach Durchsicht von 180 Studien über den Effekt sensomotorischer Trainings das Urteil, daß keine dieser Arbeiten eine signifikant positive Auswirkung auf schulische Leistungen nachweisen konnte. In einigen Arbeiten ließen sich positive Effekte auf bestimmte Trainingsbereiche (z. B. grobmotorische Geschicklichkeit, Körperwahrnehmung, Gleichgewicht und im Bereich der visuellen Wahrnehmungsverarbeitung am ehesten die visuelle Differenzierungsfähigkeit, die Figur-Grund-Wahrnehmung und die visuomotorische Koordinationsfähigkeit) aber auch nicht ganz von der Hand weisen, so daß noch eingehendere Forschung zur genaueren Bewertung dieser Vorgehensweise gefordert wurde.

Der Einsatz multipler Prädiktoren (visuelle Wahrnehmungsfähigkeit, Visuomotorik, auditive Wahrnehmungsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen) brachte WENDELER (1988) auch nur zu dem Schluß, einige Bedingungsfaktoren für das Erlernen des Lesens und Schreibens extrahiert zu haben, damit aber noch keine ausreichenden Kriterien für die Vorhersage von tatsächlich auftretenden Leistungsproblemen in der Schule absichern zu können.

TIEDEMANN et al. (1985) untersuchten im Rahmen einer explorativen Längsschnittstudie ausgewählte Prädiktoren auf ihre prognostische Bedeutung für den Lese-Rechtsschreibprozeß in der ersten Klasse. Als prognostisch valide Indikatoren erwiesen sich dabei metalinguistische Fähigkeiten, Artikulationsfähigkeit, perzeptive und perzeptiv-motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. auch BUTLER et al. 1985; ELLIS/LARGE 1987).

BERNINGER (1986) zeigte durch eine methodisch recht differenziert angelegte Verlaufsstudie, daß die selektive Aufmerksamkeit für Buchstaben und das Gedächtnis für Buchstaben und Wortbilder als visuelle Fähigkeiten sowie die phonematische Analyse und das Verstehen von Wörtern als linguistische Fähigkeiten eine hohe prädiktive Valenz für spätere Schulleistungen im Lesen hatten. Den größten Varianzanteil wies dabei die phonematische Analyse auf.

Auch OLOFSSON und LUNDBERG (1983), LUNDBERG und FROST (1988), VELLUTINO (1987) und BRADLEY und BRYANT (1983) betonten den Vorhersagewert auditiver und linguistischer Teilleistungen auf den späteren Erfolg beim Lesen

und Schreiben. LUNDBERG und Mitarbeiter haben 1988 nicht nur den prädiktiven Wert solcher Faktoren beschrieben, sondern auch einen positiven Trainingseffekt auf den späteren Schulerfolg bei Vorschulkindern nachgewiesen.

In der Bundesrepublik Deutschland bauen die Mitarbeiter des Sonderforschungsbereiches „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“ in Bielefeld auf diesen Erkenntnissen auf und entwickeln derzeit ein spezielles Screening-Verfahren zur Früherkennung von Prädiktoren für später evtl. auftretende Probleme beim Erlernen der deutschen Schriftsprache (SKOWRONEK u. MARX 1989; MANNHAUPT u. JANSEN 1989; SKOWRONEK u. JANSEN 1992). Im Rahmen einer nun fünfjährigen Längsschnittstudie setzen sie sich intensiv mit der Frage des geeigneten Untersuchungszeitpunktes und der theoretischen und empirischen Begründung von Prädiktoren auseinander. Die Sensitivität (Anzahl der richtig prognostizierten Kinder mit Problemen beim Erlernen des Lesens) liegt bei ihrem Screening-Verfahren 10 Monate vor Schulbeginn bei über 80%. Die Spezifität (Anzahl der korrekt klassifizierten Kinder ohne solche Probleme) beträgt sogar 85%. Früh erfasste schriftsprachliche Leistungen in der Schule verbessern in Kombination mit den vorschulischen Prädiktoren (phonologische Bewußtheit, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse) die Vorhersagegenauigkeit. Unabhängig von den vorschulischen Vorhersagekriterien ermöglichen sie aber eine deutlich ungenauere Prognose (Sensitivität von 45,8%; JANSEN et al. 1992, 1993; MARX 1985, 1991, 1992; MANN u. LIBERMANN 1984).

SCHNEIDER/NÄSLUND (1992) bestätigen in einer weiterführenden Studie die Bielefelder Ergebnisse. Sie stellen fest, daß die drei phonologischen Variablen (phonologische Bewußtheit, phonetisches Rekodieren im Kurzzeitgedächtnis und Rekodiergeschwindigkeit vom Lexikon) nur eine spezifische Vorhersage bezüglich des Schriftspracherwerbs und nicht z. B. bezüglich mathematischer Fertigkeiten ermöglichen. In Kombination mit zwei weiteren Prädiktorvariablen (verbale Intelligenz und frühe Buchstabenkenntnis) kommt ihnen ein hohes Maß an Erklärungswert für die späteren Leistungen beim Buchstabieren und im Leseverständnis zu.

WARNKE (1990) fand heraus, daß Kinder mit Lese-Rechtschreibproblemen zwar nicht in einfachen visuellen Differenzierungsleistungen, wohl aber in der Verarbeitung komplexerer visueller Reize im Arbeitstempo und in der Arbeitsgenauigkeit unterlegen sind. Als Bestätigung der Untersuchungsergebnisse von MARX und Mitarbeitern sieht er die Tatsache, daß in seiner Studie der Unterschied zwischen den Gruppen ebenfalls mehr von verbalen Bewältigungsstrategien als von rein visuellen Leistungen abhängt: „Je weniger die Leseaufgaben eine verbale Umkodierung verlangen und je mehr sie allein durch visuelle Beachtung graphischer Buchstaben lösbar sind, umso geringer erscheint der prinzipielle Leistungsunterschied.“ (WARNKE 1990, S. 133).

GUTEZEIT (1988) stellte die Bedeutung des Arbeitsgedächtnisses für das Lesenlernen heraus: Schwache Leser können verbale Informationen nur kurz speichern, selten deren seriale Ordnung behalten, lassen oft verbales Me-

morieren aus und gehen vorschnell zu semantischer Kodierung über.

Insgesamt besagen die derzeitigen Forschungsergebnisse: Neben allgemeinen kognitiven Möglichkeiten (insbesondere verbalen Fähigkeiten), Aufmerksamkeitsprozessen und Gedächtnisfunktionen eignen sich linguistische und phonologische Variablen mit Abstand am besten zur Vorhersage von Erfolg bzw. Schwierigkeiten beim Erwerb der deutschen Schriftsprache. Den zunächst vorrangig beschriebenen Faktoren der visuellen Wahrnehmung und der visuomotorischen Koordination kommt höchstens noch ein untergeordneter Erklärungswert zu.

Die in der Literatur beschriebenen Untersuchungs- und Behandlungsansätze nehmen als Maßstab für den Behandlungserfolg jeweils den schulischen Erfolg der behandelten Kinder, insbesondere im Erwerb der Kulturtechniken. Diese Vorgehensweise wird aber der klinischen Erfahrung bei der Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen insbesondere der Komplexität der primären und sekundären Beeinträchtigungen nicht gerecht. Es sind vielmehr auch die Wechselwirkungen zwischen Teilleistungsschwächen, Persönlichkeitsentwicklung und familiären Bedingungen zu beachten. Über Zusammenhänge dieser Art wurde erstmals in den Evaluationsstudien von ESSER und SCHMIDT (1987) und SPEKMAN et al. (1992) berichtet. ESSER und SCHMIDT stellten in ihrer Längsschnittstudie über kinder- und jugendpsychiatrische Störungen im Schulalter bei 8-13-jährigen fest, daß bei einem Zusammentreffen von Teilleistungsschwächen und schwierigen familiären Bedingungen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychiatrischer Auffälligkeiten bei 90% lag.

SPEKMAN et al. untersuchten 50 junge Erwachsene im Alter von 18-25 Jahren, die ehemals am Frostig-Center (USA) wegen Teilleistungsschwächen behandelt worden waren. Sie überprüften, welche Faktoren mit erfolgreicher Lebensbewältigung und Lebenszufriedenheit der Probanden in Zusammenhang standen. Bei vergleichbarem Sozialstatus und kognitivem Niveau fanden sie anhaltende Leistungsprobleme bei allen Absolventen. Von Probanden aus beiden Gruppen (erfolgreiche/nicht erfolgreiche) wurden anhaltende Probleme mit schulischen und beruflichen Leistungen, in der Gedächtnisleistung und bei der Strukturierung von Arbeitsabläufen beschrieben. Auch zeigte sich eine deutliche Entwicklungsverzögerung im Persönlichkeitsbereich und den sozialen Beziehungen: Bis auf einen Absolventen lebten alle in finanzieller Abhängigkeit von ihren Ursprungsfamilien. Definitionsgemäß ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Ausbildungs- und Berufssituation: 23,8% der nicht erfolgreichen Gruppe gingen keiner Tätigkeit nach; aus der erfolgreichen Gruppe galt dies für keinen der Absolventen. Bedeutsamere Unterschiede zwischen den Gruppen erbrachte die qualitative Analyse der Ergebnisse: Die Mitglieder der erfolgreichen Gruppe waren in der Lage, ihre Lernstörungen realistisch einzuschätzen, sich erreichbare Ziele zu setzen, diesen in konkreten Schritten näherzukommen und sich entsprechende Hilfen zu holen. Sie pflegten regelmäßige Kontakte zu den Tutoren und hatten das Gefühl, ihr Leben aktiv gestalten zu können. Die Lernstörung beein-

flußte nur einen Teilbereich ihrer Persönlichkeit. Im Vergleich dazu leugneten die Probanden der nicht erfolgreichen Gruppe die eigenen Lernprobleme und vermieden die ihnen gleichermaßen zur Verfügung stehenden Hilfsangebote. Kontakte zu Tutoren wurden lediglich in akuten Krisen aufgenommen. Diese Absolventen wiesen einen höheren Grad von Ängstlichkeit auf und konnten schlechter mit Streß umgehen. Ihre Zielvorstellung für die eigene Lebensplanung war entweder sehr niedrig oder überhöht. Konkrete Schritte zur Realisierung ihrer Ziele blieben aus.

– Die Ergebnisse dieser Studie heben die Bedeutung der Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit für die erfolgreiche Lebensbewältigung hervor. Der Fähigkeit zum Umgang mit der eigenen Lernstörung sowie der Entfaltung protektiver Faktoren ist dabei besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Bei der Therapie stehen einander seit langem zwei Ansätze gegenüber:

- (1) Ein entwicklungsorientiertes, auf kontinuierlichen Reifeprozessen aufbauendes Vorgehen, wie es z.B. AFFOLTER (1987), AYRES (1984) oder MUDERS (1991) vertreten.
- (2) Behandlungskonzepte, die den Transfer von basalen Fertigkeiten auf höhere kognitive Funktionen (z.B. spätere Schulleistungen) anzweifeln. Letztere arbeiten deshalb schwerpunktmäßig mit leistungsimmanenem Material auf der jeweiligen Entwicklungsstufe des Kindes (s. auch TORNEUS 1984; REUTER-LIEHR 1992, 1993; VALTIN 1988; WIMMER u. HARTL 1991).

FROSTIG und MASLOW (1978) und FROSTIG und MÜLLER (1981) vertreten ein übergreifendes Modell, in dem sowohl grundlegende Reifungsfaktoren als auch spezifische, auf verschiedenen Entwicklungsstufen neu auftretende Lernschritte Berücksichtigung finden. Schulenübergreifende Diskussionen haben in den letzten Jahren zu einer Annäherung der unterschiedlichen Betrachtungsweisen (BRAND et al. 1988), nicht aber zu einer Beilegung der Kontroverse geführt. Übereinstimmung herrscht hinsichtlich der Forderung nach einer umfassenden Diagnostik als Voraussetzung für eine fundierte Behandlungsplanung und vor allem für eine spätere Kontrolle der Behandlungseffekte.

3 Beschreibung des eigenen Behandlungskonzeptes bei Kindern im Vorschulalter und Schuleingangsbereich

Für das Verständnis der Besonderheit und der Bedeutung von Teilleistungsschwächen in der Entwicklung und insbesondere für die Planung, Durchführung und die Evaluation von Interventionen liegen Konzepte der Soziometrie und der Rollenentwicklung von J. L. MORENO zugrunde, der bereits 1937 folgende Sichtweise vertrat: „Jede tatsächliche momentane Stellung eines Individuums in der Gemeinschaft ist so einzigartig, daß eine Kenntnis der ihn zu diesem Zeitpunkt umgebenden Struktur notwendig ist, um Schlußfolgerungen ziehen zu können.“ (MORENO 1937, S.36)

MORENO beschreibt in seiner Theorie der Rollenentwicklung die wechselseitigen Interaktionsprozesse der Menschen als maßgebend für die Entwicklung von psychosomatischen Rollen, Phantasie und psychodramatischen Rollen sowie sich daraus entwickelnden sozialen Rollen. Dabei spielen die in jedem Individuum angelegten eigenen Möglichkeiten der Spontaneität und Kreativität eine zentrale Rolle. Die Rollenentwicklung beginnt mit der Geburt und ist ein lebenslanger dynamischer Prozeß. Störungen der Entwicklung können sich auf jeder Altersstufe sowohl im Individuum als auch der umgebenden personalen und sozialen Welt liegenden Bedingungen sowie deren Wechselwirkungen ergeben (vgl. LEUTZ 1974; PETZOLD u. MATHIAS 1982).

Der im folgenden beschriebene Behandlungsprozeß gliedert sich in drei Phasen:

- (1) Diagnostik und Erarbeitung von Therapiezielen
- (2) Planung und Durchführung der Behandlung
- (3) Verlaufskontrollen sowie abschließende Evaluation des Behandlungsprozesses und des Behandlungsergebnisses

3.1 Diagnostikphase

Wesentlicher Bestandteil einer eingehenden Untersuchung bei vermuteten Teilleistungsschwächen ist der Ausschluß von auffälligen Befunden im HNO- ärztlichen und augenärztlichen Bereich. Hierauf muß ausdrücklich hingewiesen werden, da es in der Praxis noch immer vorkommt, daß visuelle oder auditive Teilleistungsschwächen mit behandlungsbedürftigen peripheren Seh- oder Hörstörungen verwechselt werden.

Die ausführliche psychologische Diagnostik umfaßt unter Verwendung von Test- und Screeningverfahren die Feststellung des allgemeinen kognitiven Niveaus und die Untersuchung spezifischer Teilleistungen. Eine Übersicht über die dabei hauptsächlich verwendeten Untersuchungsinstrumente zeigt die Tabelle 1. (Dabei finden Untersuchungsinstrumente zu allen Teilleistungen Berücksichtigung, da die Autorinnen sich beim eigenen Konzept ausdrücklich nicht nur auf das Gebiet der Entwicklung der schriftsprachlichen Fähigkeiten beschränken.)

Arbeitsverhalten und Strategien bei der Aufgabenlösung sowie Kontakt- und Spielverhalten des Kindes werden eingehend beobachtet. Zeichnungen, vorschulische oder schulische Arbeiten können zudem für die Diagnostik wichtige Hinweise über die Entwicklung von Feinmotorik, visueller Wahrnehmung und emotionaler Befindlichkeit der Kinder enthalten. Gespräche mit Eltern, Erziehern und Lehrkräften geben Aufschluß über die bisherige Entwicklung des Kindes, seine derzeitige emotionale, familiäre und soziale Situation. Zur Ergänzung der eigenen Befunde werden spezielle Befunde anderer Fachkräfte (z.B. von Phoniatern, Pädaudiologen, Logopäden, Beschäftigungstherapeuten und Krankengymnasten) hinzugezogen. Nach Abschluß der Diagnostik werden die Ergebnisse mit der Familie erörtert und Therapieziele mit allen Beteiligten erarbeitet.

Tab. 1: Verfahren und Screenings zur Prüfung von Teilleistungen

Visuomotorik/ Graphomotor. Reproduktion	Visuelle Wahrnehmung	Mengenerfassung und Zahlenkenntnis	Auditive und sprachliche Leistungen
<div><div>- Graphomot. Testbatterie (RODOLF)</div><div>- Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung FEW (LOCKOWANDT)</div><div>- Differenzierungsprobe (BREUER u. WEUFFEN)</div><div>- Graphomotorisches Screening</div><div>- Beobachtung von Malen, Gestalten u. Spielhandlungen</div></div>	<div><div>- Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung FEW (LOCKOWANDT)</div><div>- Psycholinguistischer Entwicklungstest/ausgewählte Untertests (ANGERMAIER)</div><div>- Screenings mit didaktischem Material:<div><div>- Formenerfassung</div><div>- Farbenkenntnis</div><div>- Fähigkeiten zum Umgang mit Puzzeln, zum Bauen und Konstruieren (KROHN-JASTER)</div><div>- Sichtung von Zeichnungen</div></div></div></div>	<div><div>Screening mit didaktischem Material:<div><div>- Simultane Mengenerfassung</div><div>- Erfassung von Mächtigkeiten der Mengen</div><div>- Ordnung nach Mächtigkeit</div><div>- Zahlenkenntnis</div><div>- Zuordnung von Menge und Zahl</div><div>- Fortlaufendes verbales Zählen</div><div>- Abzählen von konkreten und abgebildeten Mengen (KROHN-JASTER)</div></div></div></div>	<div><div>- Psycholinguistischer Entwicklungstest (ANGERMAIER)</div><div>- Lautunterscheidungstest für Vorschulkinder (FRIED)</div><div>- Lautdifferenzierungsprobe (SCHÄFER)</div><div>- Differenzierungsprobe (BREUER u. WEUFFEN)</div><div>- Frankfurter Wortschatztest für Fünfjährige (RAATZ u. MÖHLING)</div><div>- Mottier-Test (MOTTIER)</div><div>- Akustisch-verbaler Lerntest AVL (REY u. WALTHER)</div><div>- Auditives Screening aus „Achtung aufgepaßt“ (ARNOLDY)</div><div>- Screening zur phonematischen Differenzierung in Anlehnung an die Bielefelder Studie (KROHN-JASTER)</div></div>

3.2 Behandlungskonzept

Grundlage des Behandlungskonzeptes ist die Annahme von bedeutsamen Wechselwirkungen zwischen den Anforderungen der Umwelt und den durch Teilleistungsschwächen eingeschränkten Möglichkeiten des Kindes, solche Anforderungen zu bewältigen. Dysfunktionale Prozesse auf verschiedenen, in Abbildung 1 dargestellten Ebenen werden in diesem Modell sowohl als Ursache für als auch als Auswirkung von Störungen der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung der Betroffenen im gemeinsamen Lebensumfeld gesehen.

Beobachtungen in der eigenen Praxis zeigen immer wieder die Bedeutung der Verarbeitung und des Umgangs mit der Entwicklungsstörung: Jedes Kind füllt verschiedene soziale Rollen aus. Es ist z.B. Kind seiner Eltern, Schwester oder Bruder, Enkelkind, Schulkind, Freund oder Freundin u. a. In der Ausübung dieser Rollen entstehen unterschiedliche Anforderungen an das Kind. Teilleistungsschwächen können dabei erheblich beeinträchtigen oder in bestimmten Rollen gar nicht zum Tragen kommen. Das gezielte Einbeziehen dieser kontextabhängigen Faktoren kann bedeutende protektive Möglichkeiten für das Kind erschließen.

Das folgende Behandlungskonzept berücksichtigt diesen Aspekt durch ein multidimensionales Therapieangebot für Kinder im Alter von 5–8 Jahren: Die Behandlung der spezifischen Teilleistungsschwächen wurde auf der Grundlage der pädagogisch-therapeutischen Konzepte von MARIANNE FROSTIG entwickelt. Es handelt sich dabei allerdings nicht nur um die im deutschsprachigen Raum oft ausschließlich bekannten Papier-Stift-Übungen zur visuellen Wahrnehmung. Das pädagogisch-therapeutische Konzept nach FROSTIG enthält ein breites Spektrum an Übungen zur Schulung der verschiedenen Wahrnehmungs- und motorischen Funktionen. Je nach Entwicklungsstand des Kindes kommen didaktische Materialien des Kleinkind- und Vorschulalters oder schulische Materialien zum Einsatz. In dem ganzheitlichen Förderansatz werden so-

wohl die allgemeinen Lernstrategien als auch die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes gezielt gefördert. Zur Unterstützung der emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes wird in das hier vorgestellte Konzept eine am Psychodrama orientierte Spieltherapie einbezogen.

Der zeitliche Rahmen gliedert sich wie folgt:

- 1 mal/Woche 60 Minuten Einzeltherapie des Kindes, an die sich jeweils eine Kurzberatung, meist der Mutter, über die durchgeführten Übungen sowie z.T. eine Be-

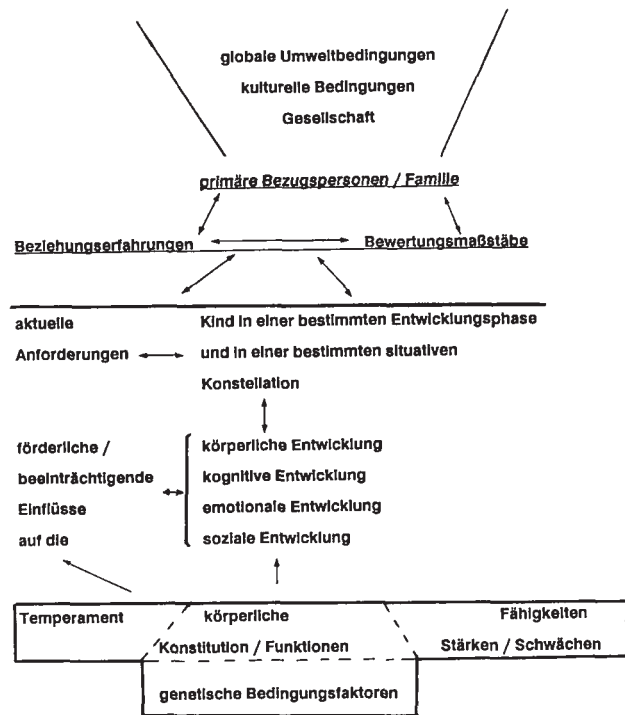


Abb. 1. Dysfunktionale Prozesse auf verschiedenen Ebenen (in Anlehnung an Specht 1986)

sprechung von häuslichen Übungen anschließt. Gesamtbehandlungsdauer zwischen 1 und 3 Jahren.

- Kontinuierlicher Beratungsprozeß mit beiden Eltern über spezifische Probleme bei der Bewältigung der Entwicklungsprobleme des Kindes sowie über mögliche Förderung besonderer Interessen und wichtiger Beziehungen des Kindes (Aufbau protektiver Faktoren als Ausgleich für immer wieder im Zusammenhang mit Teilleistungsschwächen auftretende Mißerfolge).
- In größeren zeitlichen Abständen Beratungsangebote für Kindergarten bzw. Schule als wichtige soziale Handlungsfelder des Kindes. Je nach Einzelfallerfordernis auch Beobachtungen in der Gruppe oder Schulklasse und Beratungen vor Ort.

3.3 Behandlungsabschluß und Evaluation des Behandlungserfolges

Der Zeitpunkt für den Abschluß der therapeutischen Arbeit wird wie die anfangs definierte Zielsetzung in Kooperation mit allen Beteiligten entschieden. In der Regel erfolgt das dann, wenn im Verlauf eine zufriedenstellende Annäherung an die erreichbaren (evtl. auch im Laufe der Zusammenarbeit veränderten) Ziele festzustellen ist. – Als ein wichtiges Beurteilungskriterium gilt neben der Zufriedenheit aller Beteiligten mit dem Behandlungsergebnis deren Fähigkeit, noch verbleibende Schwierigkeiten selbständig zu meistern und protektive Faktoren zu nutzen. Hinsichtlich der umschriebenen Teilleistungsschwächen werden anhand standardisierter Testverfahren objektivierbare Veränderungen erfaßt und im Kontext bewertet. Die Familien erhalten grundsätzlich das Angebot, sich bei erneut auftretenden Problemen, die einer Klärung oder Beratung bedürfen, wieder in der Abteilung zu melden.

4 Katamnesen behandelter Kinder

In der Untersuchung von PETERS (1992) wurden zwei klinische Stichproben miteinander verglichen. Der Behandlungsgruppe (N=19) wurde eine hinsichtlich Alter (bei Behandlungsbeginn 5–7 Jahre), Schichtzugehörigkeit, psychosozialer Belastung, allgemeiner Lern- und Leistungsmöglichkeiten und Teilleistungsschwächen parallelierte Kontrollgruppe von Kindern mit Teilleistungsstörungen (N=8) ohne spezifische Behandlung, bei denen z.T. aber andere Interventionen erfolgten, gegenübergestellt. Der Medianwert des Zeitraums zwischen Therapieende und katamnestischer Erhebung betrug 5 Jahre. Von allen Kindern lagen ausführliche Untersuchungsergebnisse aus der Poliklinik der Abteilung vor, die in einem multiaxialen kinderpsychiatrischen Dokumentationssystem erfaßt und kodiert worden waren. – Die Katamneseerhebung erfolgte mit einem ausführlichen Elternfragebogen.

In der Behandlungsgruppe beurteilten 15 der Eltern das Behandlungsergebnis insgesamt als günstig. Der deutlichste Trend im Gruppenvergleich zeigte sich bei der von den Kindern besuchten Schulart im Vergleich zu ihrem kognitiven Niveau: Aus der Behandlungsgruppe besuchten 10 Kinder

die Regelschule und 8 Kinder eine Sonderschule (kognitives Niveau in der Voruntersuchung durchschnittlich bei 11 Kindern/unterdurchschnittlich bei 8 Kindern). Ein Jugendlicher befand sich bereits in einem Lehrgang zur Berufsvorbereitung. Von den Kindern der Kontrollgruppe besuchten 3 eine Regelschule und 5 Kinder eine Sonderschule (kognitives Niveau in der Voruntersuchung durchschnittlich bei 7 Kindern/unterdurchschnittlich bei 1 Kind).

Durch 4 Paarvergleiche war es möglich, vorhandene Unterschiede wesentlich deutlicher herauszuarbeiten. Es zeigte sich, daß bei den behandelten Kindern die günstigen Veränderungen in den Schulleistungen (bessere Ergebnisse in Lesen und Rechtschreibung, weniger Ablenkbarkeit) und im Kontaktverhalten und Befinden (Angst, Traurigkeit, Schüchternheit) der Kinder gegenüber den nicht behandelten Partnern insgesamt deutlich überwogen. Von den Eltern der behandelten Kinder wurde häufiger eine Verbesserung in der familiären Atmosphäre beschrieben.

Zusammenfassend lassen die Untersuchungsergebnisse einen positiven Trend in der Richtung erkennen, daß sich durch eine ganzheitlich ausgerichtete Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen Schulerfolg, Problembewältigung und emotionale Befindlichkeit der Kinder sowie die Familiensituation bei frühem Therapiebeginn günstig beeinflussen lassen. Ohne eine spezifische Behandlung scheint der gleiche Erfolg nicht erreichbar zu sein. Der Bedeutung dieser Trends sollte deswegen an größeren Stichproben nachgegangen werden.

5 Schlußfolgerungen

An den aus der Literatur referierten Diagnostikmodellen fällt auf, daß sie meist nur *eine spezifische Perspektive* einnehmen. Ebenso wurde die Kontroverse im Behandlungsansatz lange Zeit lediglich nach dem Entweder-Oder-Muster ausgetragen. Mit dem hier vorgestellten Konzept wird der Versuch einer Integration unterschiedlicher Perspektiven versucht. Sowohl bei der Klärung als auch bei der Beeinflussung von Teilleistungsschwächen sollen möglichst alle relevanten Aspekte aus dem gesamten psychosozialen Feld Berücksichtigung finden. Dabei wird die noch immer weit verbreitete Orientierung an den Defiziten verlassen und der Blickwinkel bewußt für Stärken und Schwächen aller Beteiligten geöffnet. Die Wechselwirkungen zwischen protektiven und beeinträchtigenden Potentialen der beteiligten Personen sowie zwischen hemmenden, stützenden und förderlichen Prozessen im Umfeld sind nicht nur Kontextvariablen, sondern bedeutsame Wirkfaktoren im Entwicklungsgeschehen.

Summary

An Integrative Concept to cope with Developmental Retardations of 5 to 8 Years old Children

The assessment of developmental retardation, of learning disabilities and their remediation are essential issues of

psychosocial care. Depending on an Institution's destination, however, interpretation of such problems as well as their therapy may differ considerably. This is due to the diverse standards and specializations of the experts' professional training and experience, their individual meanings and institutional perspectives. In the first part a review of articles published in the last twenty years sums up the diagnostical and therapeutical concepts in the care for children with developmental retardation. The concepts are evaluated in terms of their practical relevance. In the second part the integrative concept of the Department of Child and Adolescent Psychiatry at Göttingen University is presented. A report of an evaluation study is added. The complexity of the subject is enhanced and the need not to look separately at the individual deficits but to consider the total intra- and interindividual relations.

Literatur

- AFFOLTER, F. (1987): Wahrnehmung, Wirklichkeit, Sprache – Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis zur Rehabilitation behinderter Kinder und Jugendlicher. Villingen-Schwenningen. – ANGERMAIER, M. (1977): Psycholinguistischer Entwicklungstest. Weinheim. – ARNOLDY, P. (1978): Achtung – aufgepaßt! München. – AYRES, J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin. – BRADLEY, L./BRYANT, P. E. (1983): Categorizing sounds and learning to read. *Nature* 301, S.419–421. – BENTON, A. L. (1986): Der Benton-Test (deutsche Bearbeitung von SPREEN). Stuttgart. – BERNINGER, V. W. (1986): Normal variation in reading acquisition. *Perceptual and Motor Skills* 62, S.691–716. – BRAND, L./BREITENBACH, E./MAISEL, V. (1988): Integrationsstörungen – Diagnose und Therapie im Erstunterricht. Würzburg. – BREUER, H./WEUFFEN, M. (1986): Differenzierungsprobe. In: BREUER, H./WEUFFEN, M.: Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen? Berlin. – BUSH, W. J./WAUGH, K. W. (1982): Diagnosing learning problems. London. – BUTLER, S. R./MARSH, H. W./SHEPPARD, M. J./SHEPPARD, J. L. (1985): Seven year longitudinal study of the early prediction of reading achievement. *Journal of Educational Psychology* 77 (3), 349–361. – ELIS, N./LARGE, B. (1987): The development of reading. *British Journal of Psychology* 78, S.1–28. – ESSER, G./SCHMIDT, M. H. (1987): Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Nervenheilkunde* 6, S.27.35. – ESSER, G./SCHMIDT, M. H. (1993): Die langfristige Entwicklung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* XXII (2), 100–116. – FRIED, L. (1988): Lautunterscheidungstest für Vorschulkinder. Weinheim. – FRITZ, A./FUNKE, J. (1990): Superhirn trotz Teilleistungsschwäche. *Acta Paedopsychiatrica* 53, 146–162. – FROSTIG, M./MASLOW, P. (1978): Lernprobleme in der Schule. Stuttgart. – FROSTIG, M./MÜLLER, H. (Hrsg.) (1981): Teilleistungsstörungen – ihre Erkennung und Behandlung bei Kindern. München. – GRAICHEN, J. (1973): Teilleistungsschwächen dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenützung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 1, 113–143. – GRAICHEN, J. (1979): Zum Begriff der Teilleistungsstörungen. In: LEMPP, R. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen im Kindesalter. Bern. – GUTEZEIT, G. (1988): Die Bedeutung des Arbeitsgedächtnisses beim Lesenlernen. *Praxis Ergotherapie* 3, 138–142. – HAMMILL, D./BARTEL, N. (1982): Teaching children with learning and behavior problems. Boston. – HAMMILL, D./McNUTT, G. (1981): The correlates of reading. Austin, TX. – HENZE, K. H./KIESE, CH./SCHULZE, H. (Hrsg.) (1990): Grundlagen und Klinik ausgewählter Kommunikationsstörungen. Ulm. – HORN, W. F./PAKKARD, T. (1985): Early identification of learning problems: a meta-analysis. *Journal of Educational Psychology* 77 (5), 597–607. – JANSEN, H./MANNHAUPT, G./MARX, H./SKOWRONEK, H. (1992): Früherkennung der Lese-Rechtschreibschwäche – Das Bielefelder Screeningverfahren. *Forschung an der Universität Bielefeld*, Nr. 6. – JANSEN, H./MANNHAUPT, G./MARX, H./SKOWRONEK, H. (1993): Lassen sich Lese-Rechtschreibschwierigkeiten mit einem vorschulischen Screeningverfahren vorhersagen? Vortrag auf dem 17. Kongreß für Angewandte Psychologie des Bundesverbandes Deutscher Psychologen, Bonn. – JANSEN, H./MANNHAUPT, G./MARX, H./SKOWRONEK, H. (1993): Ergebnisse der Bielefelder Längsschnittstudie zur Früherkennung der Lese-Rechtschreibschwäche. Vortrag auf dem 10. Fachkongreß des Bundesverbandes Legasthenie, Berlin. – KARCH, D. (1988): Teilleistungsstörungen des Vorschulkindes – diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. *Der Kinderarzt* 19 (12), 1603–1609. – KAVALE, K./MATTSON, P. D. (1983): One jumped off the balance beam: Meta-analysis of perceptual-motor training. *Journal of Learning Disabilities* 16 (3), 165–173. – KLICPERA, C. (1985): Leistungsprofile von Kindern mit LRS. Heidelberg. – KOPFITZ, E. M. (1964): The Bender-Gestalt-Test for young children. New York. – KUGLER, K. (1970): Vergleichende Untersuchungen zur diagnostischen Tauglichkeit zeichnerischer Reproduktionsleistungen im Vorschul- und Schulalter. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie* 32, 51–65. – LEUTZ, G. (1974): Pschodrama – Theorie und Praxis. Berlin. – LOCKOWANDT, O. (1993): Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung. (7. überarb. Aufl.) Weinheim. – LUNDBERG, I./FROST, J./PETERSEN, O.-P. (1988): Effects of an extensive program for stimulating phonological awareness in preschool children. *Reading Research Quarterly* XXIII (3), 263–284. – LURIA, A. R. (1970): Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Berlin. – MANN, V. A./LIBERMAN, I. Y. (1984): Phonological awareness and verbal short-term memory. *Journal of Learning Disabilities* 17, 592–599. – MANNHAUPT, G./JANSEN, H. (1989): Phonologische Bewußtheit: Aufgabenentwicklung und Leistungen im Vorschulalter. *Heilpädagogische Forschung* XV (1), 50–56. – MARX, H. (1985): Aufmerksamkeitsverhalten und Leseschwierigkeiten. Weinheim. – MARX, H. (1991): Entwicklungsbedingte Verarbeitungsunterschiede bei phonologischen Syntheseaufgaben. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* XXIII (4), 330–349. – MARX, H. (1992): Methodische und inhaltliche Argumente für und wider eine frühe Identifikation und Prädiktion von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. *Diagnostica* 38 (3), 249–268. – MARX, H. (1992): Über die differentialdiagnostische Aussagefähigkeit des Psycholinguistischen Entwicklungstests (PET). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 13 (1), 35–52. – MORENO, J. L. (1937): Die Soziometrie in ihrer Beziehung zu anderen Sozialwissenschaften. In: MORENO, J. L.: Soziometrie als experimentelle Methode (hrsg. von H. PETZOLD, 1981). Paderborn. – MOTTIER, G. (1981): Der Mottier-Test. In: LINDER, M./GRISSEMAN, H.: Zürcher Lesetest. Bern. – MUDERS, A. (1991): Wahrnehmungsstörungen bei Kindern. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation* 4, 310–315. – MYERS, P./HAMMILL, D. (1982): Learning disabilities: Basic concepts, assessment practices and instructional strategies. Austin. – NJOKIKTJEN, C. (1990): Dysphatische Entwicklung: Klinische Bedeutung und neurologische Hintergründe. *Acta Paedopsychiatrica* 53, 126–137. – OLOFSSON, A./LUNDBERG, J. (1983): Can phonemic awareness be trained in Kindergarten? *Scandinavian Journal of Psychology* 24, 35–44. – PETERS, T. (1992): Behandlungserfolge bei Teilleistungs-

störungen. Unveröffentlichte Inauguraldissertation – Mediz. Fakultät der Universität Göttingen. – PETZOLD, H./MATHIAS, U. (1982): Rollenentwicklung und Identität. Paderborn. – RAATZ, U./MÖHLING, R. (1971): Frankfurter Wortschatztest für 5jährige. Weinheim. – RADIGK, W. (1990): Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion. Dortmund. – RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P. (1987): Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. Berlin. – RENNEN-ALLHOFF, B. (1989): Kognitive Frühförderung. In: KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNEN-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Berlin. – REUTER-LIEHR, C. (1992): Lautgetreue Rechtschreibförderung. Bochum. – REUTER-LIEHR, C. (1993): Behandlung der Lese-Rechtschreibschwäche nach der Grundschulzeit: Anwendung und Überprüfung eines Konzeptes. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21, 135–147. – REY/WALTHER: Der akustisch-verbale Lerntest (AVL). Unveröffentlichte Handanweisung und Richtwerte – Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen. – RUDOLF, H. (1986): Graphomotorische Testbatterie. Weinheim. – SALVIA, J./YSSELDYKE, J. E. (1985): Assessment in special and remedial education. Boston. – SCHLANGE, H./STEIN, B./v. BOETTCHER, I./TANELI, S. (1972): Göttinger Formreproduktionstest (GFT). Göttingen. – SCHMIDT, M./REMSCHMIDT, H. (1985): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Stuttgart. – SCHNEIDER, W./NÄSLUND, J. C. (1992): Cognitive prerequisites of reading and spelling – a longitudinal approach. In: DEMETRIAN, A./SHAYER, M./EFKLIDES, A. (Eds.): Neopietian theories of cognitive development. London, S. 256–274. – SPECHT, F. (1986): Seelische Entwicklung bei umschriebenen Funktionsschwächen des Zentralnervensystems. In: ZAUNER, J./BIERMANN, G. (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen. München. – SPEKMAN, N. J./GOLDBERG, R. J./HERMAN, K. L. (1992): Learning disabled children grow up: A search for factors related to success in the young adult years. Learning Disabilities – Research and Practice 7, 161–170. – SKOWRONEK, H./MARX, H. (1989): Die Bielefelder Längsschnittuntersuchung zur Früherkennung von Risiken der Lese- Rechtschreibschwäche. Heilpädagogische Forschung XV (1), 38–49. –

SKOWRONEK, H./JANSEN, H. (1992): Früherkennung der Lese-Rechtschreibschwäche – Das Bielefelder Screeningverfahren. Forschung an der Universität Bielefeld 6, S. 13–18. – SMITH, C. R. (1985): Learning Disabilities: Past and Present. Journal of Learning Disabilities 18 (9), 513–517. – SPIEL, G./KUSTER, R./KARLON, A. (1990): Erste Ergebnisse mit einem differentiellen neuropsychologischen Test in der Differentialdiagnose von Teilleistungsstörungen. Frühförderung interdisziplinär 9, 101–113. – Testkuratorium der Förderung deutscher Psychologenverbände (1986): Beschreibung der einzelnen Kriterien für die Testbeurteilung Diagnostica 32, 358–360. – TIEDEMANN, J./FABER, G./KAHRA, G. (1985): Ausgewählte Frühindikatoren schulischer Lernschwierigkeiten. Psychologie, Erziehung, Unterricht 32, 93–98. – TORNEUS, M. (1984): Phonological awareness and reading: A chicken and egg problem? Journal of Educational Psychology 76 (6), 1346–1358. – VALTIN, R. (1988): Schriftspracherwerb als Entwicklungsprozeß. Grundschule 12, 12–16. – VELLUTINO, F. R./SCANLON, D. M. (1987): Phonological coding, phonological awareness and reading ability. Merrill-Palmer Quarterly 33 (3), 321–363. – WARNKE, A. (1990): Legasthenie und Hirnfunktion. Bern. – WEIDLICH, S./LAMBERTI, G. (1980): Diagnostikum für Cerebralschädigung. Bern. – WENDELER, J. (1988): Prognose der Lese-Rechtschreibschwäche im Anfangsunterricht der Grundschule. Zeitschrift für Heilpädagogik 11, 770–781. – WIMMER, H./HARTL, M. (1991): Erprobung einer phonologisch, multisensorischen Förderung bei jungen Schülern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Heilpädagogische Forschung XVII (2), 74–79. – WITTLING, W. (1982): Neuropsychologische Diagnostik. In: Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen. – WOLFRAM, H./NEUMANN, J./WIECZOREK, V. (1989): Psychologische Leistungstests in der Neurologie und Psychiatrie. Leipzig.

Anschrift der Verfasserinnen: Dipl.-Psych. Gaby Derichs, Dipl.-Supervisorin Gabriele Krohn-Jaster, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen, von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen.